

Утверждено
приказом Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 12 ноября 2021 г. № 1151н

**Информированное добровольное согласие пациента
на обработку персональных данных**

Я, _____ (Ф.И.О.
субъекта персональных данных), " _____ года рождения, проживающий по адресу:
" _____ № _____, паспорт: _____, выдан _____ ст. ст. 9, 10
" _____ г. _____, серия _____, руководствуюсь ст. ст. 9, 10
Федерального закона от 27.07.2006 N 152-ФЗ "О персональных данных", даю согласие

(наименование и адрес медицинской организации) (далее – Оператор) в целях оказания мне
медицинских услуг на автоматизированную, а также без использования средств автоматизации
обработку моих персональных данных, а именно на сбор, запись, систематизацию, накопление,
хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу
(предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных
данных, а именно: фамилия, имя, отчество, пол, дата рождения, адрес места жительства, телефон,
место работы, данные паспорта (или иного документа удостоверяющего личность), данные полиса
ОМС, сведения о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской
помощью, сведения о диагностических мероприятиях, назначенном и проведенном лечении,
данных рекомендаций.

В соответствии с п. 3, 4 ч. 2 ст. 10 Федерального закона от 27.07.2006 N 152-ФЗ
"О персональных данных" оператор имеет право на обработку персональных данных, если она:

- необходима для защиты жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов
субъекта персональных данных либо жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов
других лиц
- получение согласия субъекта персональных данных невозможно;
- осуществляется в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского
диагноза, оказания медицинских и медико-социальных услуг при условии, что обработка
персональных данных осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской
деятельностью и обязанным в соответствии с законодательством Российской Федерации
сохранять врачебную тайну.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие полностью или частично по моей
инициативе на основании личного письменного заявления, в том числе и в случае ставших мне
известных фактов нарушения моих прав при обработке персональных данных. В случае получения
моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных
Оператор обязан прекратить их обработку.

_____ (подпись, Ф.И.О.) _____ г. _____

Согласие получено « _____ » _____ г. _____

Представитель медицинской организации: _____ (подпись, Ф.И.О.)

**Информированное добровольное согласие
на медицинское вмешательство**

Я, _____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)
" _____ года рождения, зарегистрированный по адресу:
" _____ (дата рождения гражданина либо законного представителя)
_____ (адрес регистрации гражданина либо законного представителя)
проживающий по адресу:
_____ (указывается в случае проживания не по месту регистрации)
в отношении _____ (фамилия, имя, отчество (при
наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)
" _____ года рождения, проживающего по адресу:
" _____ (дата рождения пациента при подписании согласия законным представителем)

(в случае проживания не по месту жительства законного представителя)
даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень
определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие
при выборе врача в медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный
приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н
приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, для получения первичной медико-санитарной
помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь
(неуказанное зачеркнуть) и _____ (последнее наименование медицинской организации)

Медицинским работником _____ (должность, фамилия,
имя, отчество медицинского работника) в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской
помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе
вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне
разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных
в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20
Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".
Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом
Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"
может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого
я являюсь (неуказанное зачеркнуть), в том числе после смерти:

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя, телефон)

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

_____ (подпись) _____ г. _____ (дата оформления)

Анкета
(заполняется пациентом перед проведением вакцинации против гриппа)

ФИО _____

Ваш возраст _____ (полных лет)

№ п/п	Вопрос	Да	Нет
1	Относятся ли Вы к профессиональной группе высокого риска по заболеваемости гриппом, если да, то укажите к какой именно (работники организаций, осуществляющих образовательную деятельность, организаций торговли, транспорта, коммунальной и социальной сферы; лица, работающие вахтовым методом; лица, занятые на предприятиях птицеводства; сотрудники зоопарков, зооветмагазинов; ветеринарных лечебниц; сотрудники правоохранительных органов и государственных контрольных органов в пунктах пропуска через государственную границу Российской Федерации; работники организаций социального обслуживания и многофункциональных центров; государственные гражданские и муниципальные служащие)		
2	Были ли у Вас выраженные аллергические реакции, в том числе на профилактические прививки, в прошлом (анафилактический шок, отёк Квинке, судороги, повышение температуры выше 40°C)? Имеется ли у Вас аллергия на куриный белок?		
3	Имеются ли у Вас в настоящее время признаки простудного заболевания?		
	Наблюдается ли у Вас в настоящее время обострение какого-нибудь хронического заболевания (если да, то указать какое в примечании, п. 9)		
5	Имеются ли у Вас заболевания, такие как:		
	- сердечно-сосудистые: инфаркт миокарда, ишемическая болезнь сердца, эндокардит, перикардит или миокардит (указать какое в примечании, п.9)		
	- эндокринные: сахарный диабет (указать уровень глюкозы при последнем измерении)		
	- центральной нервной системы: инсульт, эпилепсия, рассеянный склероз (указать какое в примечании, п.9)		
	- крови: анемия, лейкозы, лимфогранулематоз, другие (указать какое в примечании, п.9)		
	- почек, печени (указать какое в примечании, п.9)		
	- легких: бронхиальная астма, ХОБЛ, другие (указать какое в примечании, п.9)		
	- аутоиммунные: ревматические болезни, тиреоидит, псориаз и другие (указать какое в примечании, п.9)		
	- иммунодефициты (указать заболевание в примечании, п.9)		
	- онкологические (указать заболевание в примечании, п.9)		
6	Принимали ли Вы в течение месяца следующие лекарственные препараты: глюкокортикостероиды, цитостатики, иммуносупрессоры, моноклональные антитела. Если принимали, то указать какие в примечании, п.9		
7	Беременность (для женщин)		
8	Период грудного вскармливания (для женщин)		
9	Примечание		

Я подтверждаю достоверность информации, указанной в анкете.

Дата _____ 2023 г., подпись _____ / _____ (ФИО)